

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE LA
NÉPHRITE AIGÜE RHUMATISMALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Philippe GÉLIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

né à LASTOURS (Aude) le 31 Juillet 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE LA NÉPHRITE AIGÜE RHUMATISMALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

NÉPHRITE AIGÜE RHUMATISMALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 26 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Philippe GÉLIS

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

né à LASTOURS (Aude) le 31 Juillet 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	X.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, président ; THÉVENOT Lucien, assesseur ;
CORDIER V. et FAVRE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MON ONCLE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Son grand souci a toujours été le bien de ses enfants. Je lui dédie ce travail en faible témoignage de mon infinie reconnaissance et de mon ardente affection. Puisse l'avenir mettre fin à toutes ses souffrances.

A MON FRÈRE

En toute affection.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE
*Professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.
Officier de la Légion d'honneur.*

Il nous a fait l'honneur de nous
donner le sujet de ce travail et d'en
accepter la présidence. Respectueuse
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD
Chef de Clinique à l'Hôtel-Dieu.

Qu'il reçoive l'hommage de mes
respectueux remerciements.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE TOULOUSE ET DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA NÉPHRITE AIGÜE RHUMATISMALE

AVANT - PROPOS

Nous avons fait un ouvrage incomplet. C'est du moins ce qui semble ressortir de la brièveté de nos chapitres. Nous nous en excusons auprès de nos juges. Il ne nous aurait pas fallu peut-être passer sous silence l'étude de l'action du salicylate sur l'épithélium rénal ; ne pas omettre de parler de l'action de l'antipyrine sur le rhumatisme et la néphrite aiguë rhumatismale en particulier.

Il nous aurait fallu comparer l'action de chacun de ces médicaments, montrer comment au cours d'une crise de rhumatisme traitée par l'un ou l'autre, lorsqu'apparaît une néphrite, l'augmentation de la dose amène la sédation des phénomènes urinaires.

Enfin, il nous aurait fallu fournir des statistiques sur la fréquence de néphrite au cours du rhumatisme articulaire aigu (5 à 10 % des cas disent certaines).

Mais nous n'avons pu pousser plus loin notre travail. Il nous a fallu essayer d'isoler cette entité clinique qu'est la néphrite aiguë rhumatismale, essayer de bien montrer que la présence d'albumine seule au cours du rhumatisme articulaire aigu ne signifie pas

néphrite, mais que si on la constate ce qui est excessivement fréquent, il faut orienter ses recherches vers la possibilité d'une néphrite rhumatismale qui est plus fréquente que ce que l'on ne croit et qui demande un traitement un peu spécial.

Introduction et Historique

C'est à partir du début du ^{xviii}^e siècle, avec Baillou, que l'on commença à distinguer dans de multiples affections groupées sous le nom vague de « rhumatisme », des formes aiguës et des formes chroniques. Chomel (1813), Bouillaud (1834), isolèrent le « rhumatisme polyarticulaire aigu ». Et si, depuis lors, les progrès de la clinique, la connaissance plus complète des agents pathogènes, la pratique de la bactériologie et des hémocultures, ont permis de reconnaître, dans ce groupe du « rhumatisme », des rhumatismes dits infectieux, des endocardites, des septicémies, ou des méningites à localisations articulaires, les symptômes, l'évolution et les complications du rhumatisme polyarticulaire aigu, maladie de Bouillaud, étaient connus et décrits.

C'est Rayer qui signala le premier l'existence d'une néphrite au cours du rhumatisme articulaire aigu, véritable néphrite spécifique. Il en décrivit minutieusement l'anatomie pathologique, Mais son opinion ne fut pas acceptée par tout le monde. Valleix nia. Jacoud, Dickinson, Johnson, Bartels, Besnier et Homolle reconnurent son existence et parlent de néphrites légères et superficielles.

D'autres classiques, comme Dujardin-Baumetz, Trousseau, en parlent à peine. Mais peu à peu, le nombre des observations cliniques augmente. Tapret et Dieulafoy lui accordent l'existence. Vidal, Roque, puis Enriquez, l'admettent catégoriquement. Et aujourd'hui, son existence est admise de façon universelle.

L'introduction du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (Germain Sée 1877), ouvrit une ère nouvelle dans son histoire, au point que l'on peut dire aujourd'hui qu'est rhumatisme ce qui réagit à ce merveilleux médicament. Le salicylate ne fut pas accueilli sans discussion, et, à la suite d'expérimentations dans les laboratoires, d'observations cliniques fâcheusement interprétées, il fut accusé des pires méfaits : il favorisait les localisations cardiaques du rhumatisme, il provoquait l'éclosion de délire et de rhumatisme cérébral, il congestionnait le rein, provoquait de l'albuminurie et de l'hématurie. Et des traités ou manuels de thérapeutique, même récents, indiquent comme contre-indication formelle, son emploi dans toute albuminurie, toute néphrite.

Déjà, en 1907, Josserand, puis en 1913, Lesieur, Froment et Bussy, s'élèvent contre cette excessive prohibition. Dans des travaux plus récents de Heuraux (Thèse de Lyon, 1915-1916), Bonnamour (*Journ. de Médecine de Lyon*, 1920), Uzan (Thèse de Paris, 1922), par l'étude des différents cas qui peuvent se produire montrent que si, il faut parfois être prudent — rhumatisme venant compliquer une néphrite ancienne —

il ne faut jamais être timoré. « Toute néphrite aiguë doit être traitée par son médicament spécifique quand on a le bonheur d'en posséder un. L'espoir de la spécificité doit primer la crainte de l'imperméabilité. » (Josserand).

Nous avons récemment observé un cas typique de néphrite aiguë rhumatismale rapidement jugulée par le traitement spécifique. Aussi, sous l'inspiration de notre maître, M. le Professeur Roque, et avec les conseils de son chef de clinique, M. le Docteur Paliard, augmentées de quelques considérations particulières qui ont mérité de retenir notre attention, avons-nous réuni, dans ce modeste travail, quelques-unes des observations lyonnaises, qui ont, avec la nôtre, établi notre conviction dans le traitement de ces complications.

Etude clinique

Si l'on observe encore des rhumatismes sévères avec localisations viscérales multiples (endopéricardites surtout), c'est plus souvent parce que les malades ne se sont pas fait soigner dès le début de leur atteinte, que à cause de l'insuffisance des doses prescrites, ou de la résistance du malade au salicylate de soude. C'est un fait que l'usage du médicament précocement administré dans le rhumatisme articulaire aigu a diminué dans des proportions considérables la fréquence des complications, celles même qu'il était accusé de produire. C'est ainsi que le rhumatisme cérébral, par exemple, est devenu une véritable rareté clinique. On peut en dire autant des néphrites.

L'albuminurie est encore signalée dans 20, 30 % des cas. Mais il s'agit alors d'albuminurie transitoire et bénigne, qui disparaît en même temps que la fièvre. La néphrite est infiniment plus rare. Elle s'observe de 20 à 40 ans, le plus souvent lors de la première crise de rhumatisme. Elle apparaît *dès le début de la crise*, et cette apparition précoce nous semble digne d'être notée. Les localisations cardiaques ne sont pas encore apparues, ou, si elles existent déjà, elles sont

trop récentes et trop peu marquées pour être la source d'infarctus que l'on a dits à la base de l'albuminurie rhumatismale.

La coexistence de lésion cardiaque et de néphrite est possible : l'une et l'autre témoignent de la virulence du germe et de la sévérité de la crise ; mais elles ne sont pas sous la dépendance l'une de l'autre. Cette coexistence n'est pas fatale, et notre malade n'a pas eu de complications cardiaques.

Enfin une autre considération étiologique présente un caractère pratique : la néphrite rhumatismale se greffe sur une néphrite antérieure, et la poussée fluxionnaire aiguë surajoute ses symptômes aux préexistants.

On a décrit des formes cliniques diverses de néphrite rhumatismale : formes légères et graves, hématuriques, hémoglobinuriques. En réalité, dans toutes les formes, se groupent en plus ou moins grand nombre, les symptômes suivants :

L'ALBUMINURIE. — C'est le symptôme le plus constant. La quantité d'albumine varie avec l'intensité de la fluxion rhumatismale : elle peut atteindre plusieurs grammes et donner naissance à un disque cailleboté, tel qu'on le rencontre dans d'autres néphrites aiguës. Mais, en général, les grosses quantités d'albumine ne persistent pas plus de quelques jours. Dans la majorité des cas, ou tout au moins au bout de six à huit jours de traitement, la quantité d'albumine est moindre : 1 gramme, 0 gr. 50 et se réduit à l'état de traces.

L'albuminurie de la néphrite rhumatismale persiste plusieurs semaines, même après la disparition de tout

phénomène articulaire (six semaines dans notre observation). Elle finit par disparaître ; mais dans certains cas, elle peut persister plus longtemps, rentrant alors dans le cadre des albuminuries résiduales.

Albuminurie ne veut pas dire néphrite. Elle doit s'accompagner d'autres symptômes.

La présence de CYLINDRES dans l'urine centrifugée et examinée au microscope (cylindres hyalins, granuleux ou épithéliaux), vient traduire l'inflammation et la desquamation des tubes contournés.

L'HÉMATURIE macroscopique est souvent signalée. Elle peut être le premier symptôme de la crise et devancer même l'apparition des arthrites (observations II et VII).

Les ŒDÈMES sont rares.

LA QUANTITÉ DES URINES est diminuée au début. Puis s'établit une polyurie de bonne augure atteignant 2, 3 et 5 litres.

Enfin, il y a des DOULEURS LOMBAIRES OU LOMBO-ABDOMINALES souvent extrêmement intenses, beaucoup plus marquées que dans la plupart des autres néphrites aiguës.

A côté de ces symptômes cardinaux qui se retrouvent dans toute néphrite rhumatismale, deux ordres de signes vont être recherchés.

1^o) LES TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES. — Toute néphrite aiguë, avec oligurie et rétention, donne des troubles cardio-vasculaires comme le confirment de très récents travaux et de nouvelles publications. Notre malade a présenté tout d'abord de l'élévation de sa tension artérielle : 160/75. Puis au moment du réta-

blissement de la diurèse, la tension artérielle tomba à 110/60, en même temps que l'on percevait un petit bruit de galop, témoin du fléchissement tensionnel. Cette chute de la tension a bien coïncidé avec la diurèse : elle ne saurait être mise sur le compte du salicylate de soude (action dépressive sur la circulation), car elle est antérieure à son administration. Dans les jours qui suivirent, d'ailleurs, elle remonta à 120.

2°) LES TROUBLES DE LA PERMÉABILITÉ RÉNALE. — L'*azotémie* a été recherchée. Elle est souvent élevée, et dans un cas mortel, on l'a vue s'élever à 4 et 6 grammes par litre. Si elle est normale ou voisine de la normale, il serait logique d'utiliser la constante d'Am bard, soit, au cours de la maladie, soit dans la convalescence, même après disparition de l'albuminurie, pour se rendre compte de la valeur fonctionnelle des reins touchés et de la restitution *ad integrum*.

L'épreuve du bleu de méthylène a été cherchée avec des résultats variables suivant les observations.

Enfin, il est nécessaire au cours du traitement, de rechercher quotidiennement, par le perchlorure de fer, si l'élimination du salicylate se fait de façon régulière.

Notre malade a présenté des symptômes particuliers sur lesquels nous voulons attirer l'attention. Dans les premiers jours de la maladie, avant d'entrer à l'hôpital, par conséquent avant d'être soumis à notre examen, il a accusé, outre des douleurs diffuses dans tout l'abdomen, de la *dysurie* et de la *pollakiurie*, des mictions fréquentes et impérieuses, ou tout au moins des tentatives de miction (le malade « urinait très

peu à la fois »), qui font songer à la possibilité d'une
CYSTITES RHUMATISMALE.

Les classiques la signalent à peine. « L'existence
d'une cystite rhumatismale reste très douteuse »
(*Nouveau Traité de Médecine*).

Besnier, dans son article resté classique, écrit ce
qui suit :

« Stoll n'a pas manqué de signaler et de décrire
(1779) le rhumatisme aigu de la vessie. Il est incontes-
table, en effet, que la cystite est réellement une mani-
festation non pas ordinaire, mais que chacun peut
observer dans le rhumatisme articulaire aigu. Mais
il ne faut pas oublier que le cas est ici complexe et
souvent d'interprétation assez difficile. A côté de la
cystite rhumatismale vraie, douloureuse, aiguë, et
mobile à la manière de toutes les localisations rhuma-
tismales, à côté de la parésie vésicale avec rétention
urinaire liée aux accidents spinaux latents ou mani-
festes, il ne faut pas omettre de songer à la cystite se-
condaire que l'on a rattachée avec raison à la concen-
tration extrême des urines, propre à certains cas ; il
ne faut pas omettre non plus de penser à la cystite
cantharidienne ou encore à celles que peuvent déter-
miner quelques préparations diurétiques. Ce sont là
autant de points à débattre en présence de phénomè-
nes vésicaux survenant au cours d'un rhumatisme ar-
ticulaire aigu, non pas seulement pour la perfection
du diagnostic, mais parce que chacune de ces variétés
d'affection vésicale peut fournir une indication thé-
rapeutique particulière et contradictoire. »

Après de notre malade, nous avons pensé à la possibilité d'une cystite gonococcique, malgré les antécédents négatifs. Mais les phénomènes de dysurie et de pollakiurie ayant coïncidé avec l'oligurie du début de la néphrite, les résultats de nos examens successifs ne nous ayant pas confirmé l'hypothèse précédente, il nous a fallu nous arrêter à l'idée d'une participation vésicale au « transport rhumatismal » sur l'appareil urinaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Personnelle*)

(Prise dans le service de M. le Professeur Roque.)

B. G., 35 ans, aveugle, musicien ambulant, se présente à la salle de garde le 2 décembre 1923, accusant des troubles digestifs et urinaires. Il est envoyé dans le service de M. le Professeur Roque, où il est reçu le 3 au soir et examiné le 4 au matin.

Dans les ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES, on note que le père est mort alcoolique, et la mère, de faiblesse, à 35 ans, après dix grossesses.

Comme ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX, rien de bien particulier : il a 9 frères ou sœurs, dont 3 sont décédés, 2 d'affections inconnues au malade, l'autre tué à la guerre.

Les ANTÉCÉDENTS PERSONNELS sont peu chargés. Il a présenté une affection fébrile indéterminée vers l'âge de dix ans. Depuis, le malade ne se souvient de rien, sauf de quelques gripes, grippe espagnole en particulier. Marié, sans enfants, il *nie toute affection vénérienne* et tout éthylisme.

MALADIE ACTUELLE. — Le malade jouissait jusqu'à présent d'une assez bonne santé, et ce n'est que le 23 novembre dernier qu'il a commencé à avoir mal dans les genoux. Ces douleurs survenaient la nuit, même au repos. Elles étaient suffisamment intenses pour l'empêcher de marcher dès les premiers pas. Au dire du malade, les genoux ne furent enflés

qu'au bout de quelques jours. Puis, le 30 novembre, apparurent des douleurs abdominales assez violentes, accompagnées de nausées, mais sans vomissements, avec une constipation très marquée qui durerait encore en ce moment, c'est-à-dire après 5 jours. En même temps, le ventre s'est météorisé. Le malade dit qu'en aucun moment, il n'y eut arrêt des gaz. Il ne peut préciser s'il eut de la fièvre. Les douleurs étaient diffuses dans tout l'abdomen et irradiaient surtout vers les régions lombaire et dorsale. Alors, le malade se mit à la diète hydrique, y resta les 3 premiers jours, puis, hier, à l'hôpital, prit un potage qu'il ne vomit pas. Il raconte qu'il urine dix, quinze fois par vingt-quatre heures, et peu à la fois. A la réception de porte, comme il disait ne pas avoir uriné, et comme il avait le ventre gros, on le sonda. Mais en vain.

EXAMEN SOMATIQUE. — Nous avons affaire à un aveugle de naissance, qui, d'après ses dires, aurait par la suite récupéré un peu de vision de l'œil droit. Plus tard, un accident l'en aurait totalement privé. Température : 38°5. Pouls : 96. Tension : 160/78. Les urines sont claires. Respiration : 40. Poumons : 1° à droite, respiration un peu forte au sommet, en arrière comme en avant, mal entendue à la base, mais sans aucun râle ; 2° à gauche, dans la moitié supérieure, en avant comme en arrière, la respiration est forte, et dans la moitié inférieure, il y a de la submatité qui tourne un peu vers la partie inférieure de l'aisselle avec de la diminution des vibrations et de l'obscurité respiratoire. De plus, un peu au-dessous du hile, on perçoit quelques râles sous-crépitaux, sans souffle. Une ponction est faite immédiatement et reste négative.

Cœur : pointe dans le cinquième espace, sous le mamelon. Pas de frémissement. Bruits réguliers et normaux, sauf le premier, qui est un peu prolongé.

Tube digestif : Rien à la langue. Foie et rate non perçus. Abdomen météorisé fortement sonore partout, indolore, sauf au point de Mac Burney.

Système nerveux : a) membres supérieurs, rien à signaler ; b) membres inférieurs : les deux réflexes rotuliens existent. Ce que l'on remarque, c'est : 1° l'absence de gonflement, de rougeur et de douleur dans les mouvements des deux genoux.

2° Un œdème des deux pieds remontant jusqu'au tiers inférieur de la jambe, œdème plutôt rosé, non douloureux à la pression au pied gauche, même au niveau des interlignes articulaires, mais douloureux au pied droit au niveau des interlignes des articulations tibio-tarsiennes, de Chopart et de Lisfranc. D'autre part, à ce même pied droit, tous les mouvements de ces articulations sont douloureux. Pas de ganglions inguinaux.

Appareil urinaire : Rien aux organes génitaux. Pas de goutte urétrale.

Analyse des urines (Docteur Crémieu) : Présence de quelques cylindres (ou cylindroïdes) granuleux. Présence de nombreuses cellules de desquamation, dont l'identification est à peu près impossible, mais qui, en raison de leur taille, paraissent plutôt urétérales ou vésicales que rénales. Pas de sucre. Fort disque d'albumine.

Le 4, au soir, la température monte à 39°4, et se maintient au-dessus de 39° le 5 et le matin du 6, où M. le Docteur Paliard pratique un nouvel examen.

Examen du 6 : On peut constater que, en même temps que cette élévation de température, s'est produite depuis deux jours une modification des phénomènes articulaires : les 2 tibio-tarsiennes sont tuméfiées, rouges et douloureuses. Aux membres supérieurs, le poignet gauche est douloureux, mais sans rougeur apparente. De même, le coude et l'épaule. Toutefois, les mouvements spontanés ne sont pas douloureux.

L'histoire du malade paraît assez claire : exposé au froid et à l'humidité par sa profession (joueur d'accordéon), il prit tout d'abord des douleurs dans les genoux, puis au bout de 5 jours des douleurs lombo-abdominales avec gonflement du ventre et cessation assez brusque des urines qui étaient rouges et rares, si rares qu'à la porte on prit cette anurie pour une rétention d'urine. Le lendemain de l'entrée, se déclarait une polyurie abondante, actuellement encore de 3 litres, et ses urines contiennent toujours des cylindres et de l'albumine, mais en moindre quantité. Voici d'ailleurs son analyse d'urine :

Volume : 3 litres. — Densité : 1012.

	par litre	au total
Résidu	12,7	38,1
Acidité	0,50	1,50
Urée	7,70	23,10
Azote total	4,40	13,20
Azote uréique	3,54	10,62
Ammoniaque	0,28	0,84
Purines	0,52	1,56
P ² O ⁵	0,60	2,40
NaCl	2,60	7,80
Sucre	néant	
Albumine	traces nettes	
Urobiline	néant	
Coefficient azoturique	80	
Urée % de résidu	60	
NaCl % de résidu	22	
NH ³ % d'azote total	6,3	
Azote purique % d'azote total	4	
P ² O ⁵ % d'azote total	15	

Ainsi, beaucoup d'éléments sont modifiés. Il y a polyurie avec diminution de l'urée, des phosphates (en P² O⁵), des chlorures, du coefficient azoturique, augmentation de l'ammoniaque, du rapport P² O⁵/urée, et présence d'albumine.

Le diagnostic doit donc être celui de rhumatisme articulaire aigu avec néphrite, soit à frigore, soit rhumatismale.

A noter que l'on constate en outre une chute de tension assez nette : de 16/7,8 le 4, à 11/6, avec ébauche de bruit de galop.

On commence aussitôt le traitement par le salicylate de soude. On donne 5 grammes.

Le 8, l'action du salicylate a été immédiate. La température est descendue rapidement, et est, ce matin, à 37°. Les articulations du membre supérieur ne sont plus douloureuses. Les urines contiennent toujours de l'albumine, mais la quantité n'augmente pas. Polyurie : 3 litres.

Du 8 au 13, la polyurie se tient aux environs de 2 litres, et, du 13 au 19, de 3 litres. La température pendant ce temps ne dépasse pas 37°. La dose de salicylate a été ramenée de 5, successivement à 4, puis 3 grammes.

Le 17, un nouvel examen est pratiqué. Du côté des articulations des membres inférieurs il n'y a plus actuellement ni douleurs, ni gonflements, ni rougeur. L'amélioration est indiscutable. Le malade signale encore une douleur dans le creux poplité gauche, irradiant dans toute la jambe, qu'il a de la peine à remuer. Il n'y a pas de signes de phlébite. Mais les urines contiennent toujours un petit disque d'albumine. Le cœur est peu rapide, à 100. Il y a un très léger éclat du second bruit, à la base, et le galop est réapparu. Tension : 11,8/6,2.

On ramène la dose de salicylate à 4 grammes.

Du 19 décembre 1923 au 3 janvier 1924, la quantité d'urine varie entre 2 litres et 3 litres, et l'on constate toujours un très léger disque d'albumine. La température se maintient autour de 37°.

Examen du 3 janvier 1924 : depuis l'augmentation du salicylate, le malade se sent bien. Il n'a plus aucune douleur et les articulations sont devenues tout à fait normales. Les urines sont abondantes, parce que le malade boit énormément : un litre et demi de lait, 3 potages, des tisanes et de la limonade. Enfin, l'élimination du salicylate continue à se faire par les urines.

Au point de vue cardiaque, la tachycardie a disparu : pouls à 80.

On note cependant encore une légère tendance au galop sans souffle, ni éclat du second bruit. On continue le traitement par 2 grammes de salicylate.

Le malade reste encore à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 16 janvier, d'où il sort complètement guéri, sans albumine.

OBSERVATION II

(LESIEUR, FROMENT, BUSSY, Lyon, 1913)

Malade de 37 ans, qui présente en plus des manifestations articulaires typiques, et d'une remarquable ténacité, des symptômes d'endocardite mitrale et des signes de néphrite. Les urines contiennent un gros disque d'albumine, très dense, et l'on trouve dans le culot de centrifugation des cylindres granuleux et hyalins, et de nombreuses hématies.

Le traitement salicylé est appliqué dès les premiers jours et maintenu à une dose élevée (6 grammes) en dépit des phénomènes fébriles peu accusés et rapidement jugulés. Il fut même maintenu 2 mois sans interruption, car chaque fois que l'on essayait de cesser le traitement ou de diminuer la dose, il y avait reprise de la fièvre et des phénomènes articulaires. Sous l'influence de ce traitement énergique, l'albuminurie diminua assez rapidement, les cylindres et les hématies disparurent. Mais plus de 2 mois après le début du traitement les urines renfermaient encore de l'albumine. A ce moment, on se crut autorisé à cesser tout traitement.

OBSERVATION III

(LESIEUR, FROMENT, BUSSY, Lyon, 1913)

Femme de 30 ans, avec violentes arthralgies, fièvre et albuminurie massive. On pouvait hésiter cependant à rattacher au rhumatisme l'albuminurie constatée: la malade avait eu la scarlatine à 9 ans, et l'examen des urines fait 2 mois avant sa crise de rhumatisme en raison d'une céphalée violente et persistante, avait déjà décelé la présence d'albumine. En dépit de ces antécédents qui sembleraient bien indiquer que les reins n'étaient pas intacts avant l'infection rhumatismale, on soumit le malade au traitement salicylé. En 15 jours, on assiste à la diminution graduelle de l'albuminurie qui, bientôt, ne persiste plus qu'à l'état de

traces... Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une fluxion rénale rhumatismale survenue sur des reins présentant déjà des lésions anciennes.

OBSERVATION IV

(LESIEUR, FROMENT, BUSSY, Lyon, 1913)

Homme de 65 ans, éthylique, avec léger disque d'albumine. C'est un brightique. En plus des manifestations articulaires, on constate vers la pointe un bruit de frottement péricardique. La température s'élève à 39°. En dépit des signes qui font certainement de ce malade un brightique, on lui donne dès l'entrée 6 grammes de salicylate. Or, quelques jours après, les symptômes subissent une aggravation nette : le disque d'albumine a plus que doublé, le malade présente du délire de parole et d'action. On cesse alors l'administration du salicylate. Mais, loin de s'améliorer, les symptômes paraissent s'aggraver : l'albuminurie augmente, la température s'élève à plus de 39°, et comme, d'autre part, dès le lendemain les urines ne donnaient plus de réaction au perchlorure de fer, témoignant bien ainsi qu'il n'y avait aucun retard dans l'élimination médicamenteuse, on reprend aussitôt le traitement interrompu. Le délire persiste néanmoins pendant plusieurs jours; les urines deviennent troubles, sanglantes, bouillon de bœuf, avec de très nombreux cylindres et globules rouges. L'amélioration n'apparaît qu'au bout de 8-10 jours, pendant lesquels on a maintenu systématiquement la médication à 6 gr. malgré le peu de résultats obtenus. Petit à petit, les phénomènes rénaux s'amendent. Mais on maintient le traitement pendant 2 mois, chaque tentative étant suivie d'une recrudescence des phénomènes rhumatismaux. Après la disparition de la poussée de néphrite rhumatismale, le malade resta, bien entendu un albuminurique. Mais on put affirmer, ayant revu le malade à plusieurs reprises, que la lésion rénale ancienne n'avait paru en aucun cas, s'aggraver par cette médication salicylée prolongée.

OBSERVATION V

(Thèse de HEURAUX, Lyon 1915-1916)

Homme, 52 ans, jusque là bien portant. Le 13 mai 1914, crise rhumatismale avec douleurs articulaires, œdème des membres inférieurs, signes de néphrite, et en plus, signes d'hépatite (gros foie et glycosurie). Après étude de la perméabilité rénale, on ordonne 5 grammes de salicylate. Au bout de quelques jours, toute trace d'albumine a disparu, la diurèse est portée de 700 à 1500 gr., et l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne des résultats négatifs.

OBSERVATION VI

Thèse de UZAN, Paris, 1922)

Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec complications cardio-pulmonaires, hémorragies. En plus néphrite aiguë avec grosse azotémie. Décès. Pas d'autopsie.

Il s'agissait d'une deuxième atteinte très sévère de rhumatisme qui s'est accompagnée d'albuminurie massive et d'azotémie progressive.

OBSERVATION VII

(Thèse de UZAN, Paris, 1922)

Crise de rhumatisme articulaire aigu, débutant par une hématurie traitée par le salicylate et l'or colloïdal. Guérison.

Diagnostic et Pronostic

Le diagnostic de la néphrite aiguë rhumatismale n'offre pas de difficultés.

Diagnostic positif. — En effet, comme la néphrite survient le plus souvent au début de la crise, la constatation des fluxions articulaires avec leurs caractères propres, suffit à la faire reconnaître. Mais il faut bien savoir que l'atteinte articulaire peut avoir été *très fruste et passagère*, qu'elle peut n'apparaître qu'après les signes urinaires, et que l'on peut méconnaître alors la nature rhumatismale d'une néphrite aiguë, considérée comme primitive *a frigore*, ou secondaire à une angine quelconque.

C'est bien ce qui s'est produit pour notre malade, chez qui les douleurs rhumatismales antérieures à la néphrite étaient si frustes qu'elles en avaient fait méconnaître la nature ; et ce ne fut qu'en constatant une deuxième poussée d'indiscutables arthrites tibio-tarsiennes, du poignet et de l'épaule, que l'on institua le traitement salicylé.

Diagnostic différentiel. — Mais toutes les albuminuries du rhumatisme ne sont pas dues à une atteinte

de néphrite. Il peut s'agir également d'albuminurie cardiaque due à des infarctus rénaux (c'est l'opinion soutenue autrefois), ou simplement au fléchissement du cœur atteint d'endopéricardite ou de myocardite rhumatismale.

Nous ne nous dissimulerons pas que, dans certains cas, où évolue une cardiopathie bien caractérisée, il peut être difficile de faire la part de ce qui revient à l'élément cardiaque et à l'élément rénal. Mais il y a des cas *absolument sûrs*, comme le nôtre, où il n'y a pas d'accidents cardiaques cliniquement décelables, aucun signe de fléchissement du myocarde.

Par ailleurs, l'examen cytologique des urines et les épreuves d'élimination rénale seraient d'un précieux secours.

Pronostic. — Le diagnostic de néphrite rhumatismale dans la grande majorité des cas ne devra pas faire changer le pronostic du rhumatisme. Les observations, comme l'observation VI, où la mort survient de façon inexorable, avec une azotémie progressive que rien ne peut enrayer, sont rares. Le plus souvent, après une durée variable, l'albuminurie disparaît complètement, et la restitution anatomique et physiologique du rein paraît complète.

Il n'en est pas moins vrai que la constatation de l'albuminurie et des signes de néphrite, sont l'indice d'une poussée grave de rhumatisme, que l'on devra traiter énergiquement pour éviter l'évolution simultanée ou ultérieure de complications plus redoutables, l'endocardite en particulier.

Traitement

Il a été proposé beaucoup de médications contre le rhumatisme articulaire aigu. On reconnaît universellement aujourd'hui que la meilleure et de beaucoup est la salicylée et en particulier le salicylate de soude. Malgré des faits expérimentaux établissant l'action irritante de l'acide salicylique sur le rein, les auteurs s'accordent pour instituer le traitement salicylé dans les cas où le rhumatisme se complique de néphrite. De là, aller dire avec Comby, que la présence d'albumine dans les urines ne doit pas être une indication de suspendre le traitement par le salicylate de soude, il n'y a qu'un pas. Et nous ajouterons avec MM. Mouriquand et Bonnamour : au contraire, il faut augmenter la dose prescrite. C'est ce que nous avons fait chez notre malade (obs. 1).

En effet, comment agit le salicylate ? De deux façons : par renforcement de la défense cellulaire contre l'agent pathogène (Vulpian) et par action microbicide.

On avait accusé le salicylate de provoquer des déterminations viscérales, cardiaques en particulier. Des cliniciens avaient fait retomber sur ce spécifique,

la néphrite apparue au cours du rhumatisme articulaire aigu. Tout le monde proteste aujourd'hui et reconnaît qu'au contraire le salicylate met à l'abri de ces complications. Mais il faut prendre des précautions dans sa posologie et son administration, précautions sur lesquelles déjà le Professeur R. Tripier insistait et que tout récemment l'Ecole roumaine vient de rappeler.

Notre maître, M. le Professeur Roque, a fait donner à notre malade cinq grammes de salicylate suivant en cela la doctrine classique. Puis, à mesure que les phénomènes cliniques s'amendent, on diminue la dose. S'il survient une néphrite, on revient à la première dose.

Mais on semble porté aujourd'hui à agir plus fortement. Nous ne voulons pas parler d'une méthode récemment préconisée, analogue à la méthode antisyphilitique, qui veut que les rhumatisants prennent chaque mois du salicylate. Nous voulons parler d'une méthode moderne que nous avons vu employer à l'Hôpital militaire Desgenettes, et qui a donné des résultats. Chez l'adulte, il ne faudrait *pas donner moins de 8 grammes*, car, pendant que le malade dort, le rhumatisme veille.

Des précautions sont nécessaires :

- 1° Repos complet au lit ;
- 2° Diète lactée ;
- 3° Diluer les doses de salicylate ;
- 4° Les fractionner pour maintenir l'imprégnation, car le salicylate s'élimine au bout de huit minutes ;

5° Prendre le salicylate aux repas ou tout de suite avant les repas, à cause de l'irritation gastrique ;

Et 6° Précisément pour éviter cette action, alcaliniser le milieu avec du carbonate acide de soude par exemple (Mackenzie).

Pourquoi n'avait-on pas augmenté les doses autrefois ? Parce qu'on croyait que la dose mortelle de salicylate sur l'homme était de 12 à 30 grammes. Mais la clinique semble bien montrer qu'on peut reculer ces limites ; et tout récemment, M. Danielopolu, de Bukarest, précédé en cela par l'Ecole anglaise, à la fin de décembre 1923, a proposé sa méthode, qui consiste à donner 8 grammes d'abord, à augmenter ensuite de 1 ou 2 grammes par jour si la fièvre ne tombe pas, jusqu'à atteindre la dose de 15-18 grammes pour une forme moyenne, 20 à 30 grammes pour une forme grave. A l'enfant de 8-12 ans, il donne 5 grammes, augmente de 1 à 2 grammes par jour et va jusqu'à 15. Pour l'enfant de moins de 8 ans, il commence par 2-3 grammes, augmente de 1 à 2 grammes par jour et s'arrête à 8.

Evidemment c'est peut-être là le meilleur traitement préventif des localisations et cardiaques et rénales du rhumatisme articulaire aigu. En tout cas, lorsque survient une complication rénale, il faut augmenter la dose primitivement prescrite : de 6 il faut passer à 8 ; de 8, il faudrait passer à 10 et 12 grammes.

Il nous reste encore à envisager la conduite à tenir, soit dans le cas où la néphrite est antérieure au rhumatisme, soit dans le cas où la phase aiguë de la néphrite, pour une cause quelconque est passée inaperçue, et

où l'on se trouve en présence d'une néphrite chronique, avec une nouvelle attaque de rhumatismes et poussée rénale. Dans le premier cas, tout en ne voulant pas sortir du cadre de cette thèse, il semble qu'il y ait une contre-indication, mais une contre-indication relative comme l'ont montré MM. Lesieur, Froment et Bussy à la Société Médicale de 1913, puis M. Bonnamour à cette même Société. Dans le second, étant donné que la néphrite aiguë rhumatismale laisse peu de lésions rénales, on devra donner du salicylate, même à dose assez élevée ; mais il faudra en surveiller l'élimination urinaire par le perchlorure de fer et surveiller aussi attentivement son malade. Si les accidents nerveux, comme le délire, apparaissaient, ils seraient le signe d'une insuffisance rénale et il faudrait cesser.

Donc la néphrite rhumatismale n'est pas une contre-indication à l'emploi du salicylate, et « Talamon a précisément fait remarquer que c'est surtout dans les formes suraiguës que le salicylate agit de la manière la plus remarquable » (Richaud).

Pour être complets, il faudrait nous demander pendant combien de temps doit-on continuer à administrer le salicylate à de telles doses ? Nous entrons ici dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Nous avons parlé des différentes méthodes. Les classiques donnent du salicylate pendant des semaines et des mois à dose progressivement décroissante. Les résultats obtenus seraient inférieurs à la méthode des 8 grammes tous les jours pendant un mois, puis seulement tous les deux jours. Reste la méthode analogue à l'antisiphilitique.

CONCLUSIONS

I. La néphrite aiguë rhumatismale peut donner tous les symptômes des néphrites aiguës : hématurie, oligurie, anurie, albuminurie et s'accompagner de troubles de la perméabilité rénale.

II. En règle générale, la néphrite aiguë rhumatismale est *bénigne* et après un temps variable, qui peut durer plusieurs semaines, l'albuminurie elle-même finit par disparaître, témoignant ainsi de la restitution anatomique et fonctionnelle du rein.

III. Contrairement à l'opinion que l'on trouve encore trop répandue, l'albuminurie ne contre-indique pas le traitement salicylé.

IV. S'il s'agit de néphrite aiguë rhumatismale, le salicylate en est le spécifique et a sur elle la même action que sur les autres localisations. On peut donner de fortes doses.

Si la néphrite aiguë rhumatismale est greffée sur une néphrite ancienne, il faut simplement être prudent dans l'administration du médicament et en surveiller l'élimination.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 12 Novembre 1924
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

BALL. — *Thèse d'agrégation*, 1866.

BÉHIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1874.

BERARDINONE. — *Nova revista clinic. Thèse* 1910.

BESNIER. — *Dictionnaire Dechambre*.

BONNAMOUR. — *Lyon Médical*, 1913.

— *Journal de Médecine de Lyon*, 1920.

BOUCHARD. — *Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition*.

CASTAIGNE. — *Reins*, dans la collection Debove, Achard, Castaigne.

— *Reins*, dans la collection Bezançon, Labbé, L. Bernard.

CHAUFFARD. — *Reins*, dans le traité Gilbert.

CHÉRON. — *Thèse* 1885.

CHERVIN. — *Thèse Paris*, 1888.

CHOMEL. — *Thèse Paris*, 1868.

CLAUDE. — *Thèse*.

COLLANGETTES. — *Thèse* 1896.

COMBY. — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 1907.

- COUDERC. — *Thèse* 1877.
- COURTOIS-SUFFIT. — *Gazette des Hôpitaux*, 17 nov. 1904.
- DEROYE. — *Thèse* 1874.
- DIEULAFOY. — *Pathologie interne*.
- ENRIQUEZ. — *Thèse* 1892.
- *Traité de médecine*.
- GRISOLLE. — *Pathologie interne*. Tome I.
- GUÉRIN. — *Thèse de Lyon*, 1900-1901.
- HANOT. — *Presse médicale*, 1896.
- HAYEM et ROBIN. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1888.
- HEURAUX. — *Thèse de Lyon*, 1915-1916.
- HOMOLLE. — *Dictionnaire Jaccoud*.
- JACCOUD. — *Pathologie interne*. Tome III.
- E. JOSSERAND. — *Lyon médical*, 1907.
- LASÈGUE. — *Archives médicales*, 1880.
- LECORCHÉ-TALAMON. — *Traité de l'albuminurie et du Mal de Bright*, 1888.
- LEDERMANN. — *Thèse de Paris*, 1910-1911.
- LEMANSKI. — *Bulletin médical*, 1898.
- LESIEUR, FROMENT et BUSSY. — *Lyon médical*, 1913.
- LYON. — *Traité de Clinique thérapeutique*.
- MICHEL. — *Archives générales de médecine*, 1905.
- NORMAND. — *Thèse* 1893.
- POUCHET. — *Thérapeutique*.
- RANVIER. — *Technique d'histologie*.
- RAYER. — *Traité des maladies des Reins*. T. II, 1840.
- RICHAUD. — *Thérapeutique*, 1921.
- ROBIN. — *Traité de Thérapeutique*.
- ROQUE, VIDAL, TEISSIER. — In Gilbert et Brouardel.
- ROQUE, VIDAL, TEISSIER. — In Gilbert et Carnot.
- SAINT-GERMAIN. — *Thèse* 1893.

- SERGEANT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNET. — Infections. T. xvi.
SMOLER. — Klinische Studien über Album. Prag. Viertel-
jahrsch.
TAPRET. — *France médicale*, 1877.
THIROLOIX. — *Soc. méd. des Hôp.*, octobre 1906.
TURETTINI. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1913.
UZAN. — *Thèse Paris*, 1922.
VALÉRY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1904.
VALLEIX. — *Guide du médecin praticien*, T. iv.
VIDAL. — Rhumatisme in *Traité Brouardel et Gilbert*.
VIDAL, ROGER, TEISSIER. — *Nouveau Traité de méd.* T. II.
VULPIAN. — *Cliniques de la Charité. Rhumatisme*.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	7
Introduction et Historique	9
Etude Clinique	13
Observations	19
Diagnostic et Pronostic.	27
Traitement	29
Conclusions	33
Bibliographie	35
